

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ МАССЫ ТЕЛА

*Жукова Н.П., Арестова И.М., Шматкова О.Н.*

Витебский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Одним из важных экзогенных факторов риска развития заболеваний являются нарушения питания. Значительное изменение массы тела и ее составляющих сказывается на общей заболеваемости и, в частности, на формировании репродуктивного здоровья женского населения [1, 2, 3, 4].

**Цель исследования** – изучить влияние негормональной и гормональной терапии на коррекцию менструальной функции у девушек и женщин с дефицитом массы тела.

**Материал и методы исследования.** С гипоменструальным синдромом и аменореей, которые развились на фоне косметичкой диеты и сопровождались недостаточностью питания и дефицитом массы тела, были обследованы 52 девушки (средний возраст  $16,1 \pm 0,6$  лет) и 28 женщин (средний возраст  $22,8 \pm 1,2$  лет).

Пациентки были разделены на 2 группы в зависимости от получаемой терапии. Для коррекции нарушения питания 52 девушки (1 группа) получали общую терапию, направленную на повышение массы тела и восстановление прямых и обратных связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники. Данная терапия включала следующее: диетотерапия не менее 35 ккал на кг массы тела в сутки, с повышением суточной калорийности рациона на 100 ккал/сутки один раз в 7 дней; отказ от тяжелых физических нагрузок; витаминотерапия; природные адаптогены; фитопрепараты. Курс лечения составил от 3 до 6 месяцев.

Вторую группу составили 28 женщин, получавших на фоне вышеуказанной базисной терапии гормональное лечение. Гормональную терапию назначали индивидуально при отсутствии восстановления исходных размеров матки, молочных желез и менструаций на фоне предварительного лечения в течение 3-6 месяцев и увеличении массы тела (ИТМ не менее 19,0). План лечения разрабатывался для каждой пациентки на основании анализа клинических данных и показателей гормонального и иммунологического статусов.

**Результаты и обсуждение.** Структурный анализ нарушений менструальной функции у обследованных девушек и женщин позволил установить, что гипоменструальный синдром в виде скудных редких менструаций развился в течение первых 3 месяцев у всех пациенток, аменорея появилась уже через 1,5 месяца диеты и продолжалась от 6 месяцев до 1,5 лет у 37 пациенток. При этом нарушение менструальной

функции было спровоцировано в большинстве случаев (51) только гипокалорийной диетой, а в некоторых случаях (29) дополнялось интенсивными физическими нагрузками.

При исследовании гормонального профиля у обследованных пациенток были выявлены достоверно сниженные уровни лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов ( $P < 0,05$ ) на фоне достоверно высоких показателей пролактина практически у всех девушек и женщин (97,1%) с нарушениями менструальной функции, как по типу гипоменструального синдрома, так и по типу аменореи на момент обследования выявлялись.

Изменение секреции половых стероидов было установлено у всех обследованных пациенток с нарушением менструальной функции, что проявлялось достоверно ( $P < 0,05$ ) более низкой концентрацией прогестерона и эстрадиола на фоне нормального уровня тестостерона. Установлено, что нарушения менструальной функции, связанные с потерей массы тела, в большинстве случаев (65%) явились результатом гипогонадотропной и 35% случаях - нормогонадотропной яичниковой недостаточности.

У пациенток с нормогонадотропной овариальной недостаточностью наблюдались наиболее низкие уровни секреции фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов, пролактина, эстрадиола и прогестерона.

В результате проведенного общего лечения «без применения гормональных препаратов» восстановлена менструальная функция более чем у половины пациенток с нормогонадотропной недостаточностью (53,8%) и у двух третей с гипогонадотропной (32,7%).

Назначение гормональных препаратов для восстановления менструальной функции понадобилось 35 пациенткам (7 девушкам из 1 группы и 28 из 2). Стойкого восстановления менструальной функции после отмены гормонотерапии удалось добиться лишь у 26 из 35 пациенток.

Исследования показателей гормонального профиля девушек и женщин с нарушениями менструальной функции на фоне дефицита массы тела после лечения позволило установить, что на фоне, как гормональной терапии, так и без нее показатели гормонального статуса значительно улучшались. Достоверно ( $P < 0,05$ ) увеличились уровни показателей лютеинизирующего гормона гипофиза, пролактина, эстрадиола и прогестерона у пациенток, восстановивших менструальную функцию на фоне базисной терапии. После применения гормонального лечения достоверно ( $P < 0,05$ ) увеличились уровни ЛГ, пролактина и прогестерона на фоне несколько выросших показателей ФСГ и эстрадиола.

#### **Выводы.**

1. Гипоменструальный синдром и аменорея, развившиеся в результате потери веса при косметической диете, в большинстве случаев (65%) обусловлены гипогонадотропной и в 35% случаях - нормогонадотропной яичниковой недостаточностью, которая проявляется сниженной концентрацией лютеинизирующего, фолликулостимулирующего

гормонов, прогестерона и эстрадиола в плазме крови на фоне повышенного уровня пролактина и нормального уровня тестостерона, что способствует не только возникновению нарушений прямых и обратных связей в системе гипоталамус-гипофиз-яичники, но и прогрессированию патологии от гипоменструального синдрома к более тяжелому состоянию - аменорее, что, несомненно, следует учитывать при назначении лечения.

2. Применение дифференцированного подхода к назначению гормональных препаратов в лечении нарушений менструальной функции, обусловленных косметической диетой, позволит четко определить показания и противопоказания для назначения данной терапии и избежать усугубления патологии репродуктивной системы и центров ее регуляции при неадекватном назначении гормонов.

#### **Литература:**

1. Жукова, Н. П. Характеристика психологического статуса девушек и женщин с нарушениями питания и репродуктивного здоровья / Н. П. Жукова, О. Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2008. – № 1 (11). – С. 27–33.

2. Жукова, Н. П. Ретроспективный анализ менструальной и репродуктивной функций и методов их коррекции у больных с нарушениями питания / Н. П. Жукова, О. Н. Шматкова // Охрана материнства и детства. – 2010. – № 1 (15). – С. 4–8.

3. Коколина, В. Ф. Детская гинекология : рук. для врачей / В. Ф. Коколина. – М. : Мед. информ. агентство, 2001. – 368 с.

4. Строев, Ю. И. Эндокринология подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов ; под ред. А. Ш. Зайчика. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2004. – 384 с.

## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

***Журавлева Л.Н.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Генерализации инфекционных заболеваний различной этиологии у детей способствует широкое применение в отделениях реанимации и интенсивной терапии искусственной вентиляции легких, катетеризации центральных вен, большого количества других инвазивных процедур при недостаточно совершенной системе инфекционного контроля [1,2,3].

Развитие неонатальных пневмоний, по мнению многих авторов, во многом связано с особенностями иммунологической резистентности новорожденных. В литературе имеются данные об изменениях со стороны иммунной системы, однако полностью не изучены все изменения звеньев иммунитета при неонатальных пневмониях [4,5].